

Директору МКОУ «Саликская СОШ»

Новрузалиев П.Т.

от Махмурове Туминие М.
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Махмуров Роберт Альбертович
(Ф.И.О. ребенка)

проживающего по адресу:

РД, Дербентский р-н, с. Салик

номер телефона: 89064505083

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу организовать для моего ребенка

Махмурове Роберте Альбертовиче
(фамилия, имя, отчество, год рождения ребенка)

обучение на дому/в медицинской организации

в период с «11» 09 2019г. по «30» 05 2020г.

Основание: заключение медицинской организации, выданное «11» 09 2019г.

Дербентская центральная районная больница
(наименование медицинской организации)

К заявлению прилагаю копию заключения медицинской организации.

Дата 12.09.19г.

Туминие М. Махмуров Т. М.
(подпись) (Ф.И.О.)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
"ДЕРБЕНТСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ
РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
ИНН 0512007136
ОГРН 1020500865813

11.09.2019 г.
№ 85

Приложение N
к приказу Минздрава Р.
от _____ 2009: N

РЕШЕНИЕ ВК

Протокол № 85 от «11» сентября 2019 г.
Гр. Макмуров Роберт Альбертович
Год рождения 14.12.2011 г. Самара
Место работы Дербентский Р-н
Специальность _____
Диагноз Уменьшенная активность
щитовидной железы с выраженными
диффузными маркерами патологии
и дислипидемией

Рекомендовано Обучение на работу по
визуальному контролю
в г. Самара 2019-2020 г.



[Signature] Председатель ВК
[Signature]
[Signature]
Члены комиссии